

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

О.В. Дубровіна, В.І. Митченко, О.В. Рибалов,
Є.Є. Ванякін, В.О. Качуровська

СЛИНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

**Методична розробка до лекції
для студентів стоматологічного факультету
медичних закладів освіти III — IV рівня
акредитації, лікарів — інтернів, стоматологів**

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

О.В. Дубровіна, В.І. Митченко, О.В. Рибалов,
Є.Є. Ванякін, В.О. Качуровська

СЛИНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

**Методична розробка до лекції
для студентів стоматологічного факультету
медичних закладів освіти III — IV рівня
акредитації, лікарів — інтернів, стоматологів**

Полтава — 2003

УДК 616.316-003.7(076.5)

Слинокам'яна хвороба. Методична розробка до лекції для студентів стоматологічних факультетів медичних закладів освіти III - IV рівня акредитації, лікарів - інтернів, стоматологів. - Полтава, 2003 р. -51 с.

Рецензенти: завідувач кафедри хірургічної стоматології
Кримського державного медичного університету,
доктор медичних наук, професор Безруков С.Г;

завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології
Української медичної стоматологічної академії, док
тор медичних наук, професор П.І. Ткаченко.

Методична розробка до лекції "Слинокам'яна хвороба" підготовлена кандидатом медичних наук, доцентом кафедри пропедевтики хірургічної стоматології та пластичної хірургії УМСА О.В. Дубровіною, завідувачем кафедри пропедевтики хірургічної стоматології та пластичної хірургії, доктором медичних наук, професором В.І. Митченком, завідувачем кафедри хірургічної стоматології, доктором медичних наук, професором О.В. Рибаловим, завідувачем щелепно-лицевим відділенням обласної клінічної лікарні, хірург-стоматолог вищої категорії Є.Є. Ванякіним; клінічним ординатором кафедри терапевтичної стоматології національного медичного університету ім. О.О. Богомольця —В.О. Качуровською.

Методична розробка до лекції призначена для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, лікарів-інтернів, стоматологів.

У методичній розробці до лекції "Слинокам'яна хвороба" розкриваються питання етіології, патогенезу, статистики, класифікації, клініки, діагностики, лікування, профілактики ускладнень слинокам'яної хвороби.

**Затверджено на засіданні центральної методичної комісії
Української медичної стоматологічної академії, протокол
№7 від 17.04.03**

Вступ

За статистичними даними Н.Д. Лісової (1979), слинокам'яна хвороба складає 40-61,1% серед усіх захворювань слинних залоз

Слинокам'яна хвороба — поліетіологічне захворювання слинних залоз, через що багато питань етіології, патогенезу, клініки та лікування цієї патології залишаються досконало не вивченими до цього часу (І.Ф. Ромачева та співавт., 1987).

Слинокам'яній хворобі присвячена велика кількість літератури. Великий внесок у вивчення цієї хвороби зробили вітчизняні автори (Н.Є. Ямпольський, 1940; В.П. Снежков, 1944; Н.Г. Бадзошвілі, 1949; Н.Д. Лісова, 1955; А.В. Клементов, 1956; М.Н. Михайлов, 1957; І.Ф. Ромачева, 1987; А.М. Солнцев, 1991).

Сучасні вітчизняні та закордонні наукові та клінічні спостереження розширили знання про слинокам'яну хворобу (Hedion M., Ericson S., 1971; Favre E, Fleuridas G., 1998; Kcdjanyi WK, Gupta D., 2002).

Автори методичної розробки до лекції "Слинокам'яна хвороба" поставили своїм завданням об'єднати вивчений матеріал з цієї патології слинних залоз.

Особливу увагу автори приділили наочності отриманої та вивченої інформації в літературних джерелах. Наведені в методичній розробці до лекції схеми та таблиці дозволяють будь-якому читачеві отримати та систематизувати знання з питань етіології, патогенезу, статистики, клініки, діагностики, класифікації, лікування та профілактики слинокам'яної хвороби.

У методичній розробці висвітлюються методи хірургічного лікування слинокам'яної хвороби, що обов'язково зацікавить майбутніх лікарів.

Автори сподіваються, що методична розробка до лекції "Слинокам'яна хвороба" дозволить майбутнім лікарям отримати достатньо повне розуміння і уявлення про слинокам'яну хворобу та буде сприяти правильному аналізу отриманої інформації із сучасних літературних джерел.

Автори з вдячністю приймуть усі критичні зауваження і пропозиції стосовно цього видання.

Клінічні дослідження, на результати яких посилаються автори, проводились на базі щелепно-лицьового відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовської. Автори висловлюють вдячність співробітникам цього відділення, співробітникам кафедри патологічної анатомії та патолого-анатомічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ТЕКСТІ:

СЗ – слинна залоза;
ПВЗ – привушна залоза;
ПНЩЗ – піднижньощелепна залоза;
ПЯСЗ – під'язикова слинна залоза;
ГВП – головна вивідна протока;
СК – слинний камінь;
СКХ – слинокам'яна хвороба;
ГОІ – гостра одонтогенна інфекція;
НСЗ – нориця слинної залози;
МСЗ – малі слинні залози.

Мета та графологічна структура лекції "СЛИНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА"

1. Мета лекції — висвітлити теоретичні основи етіології та патогенезу СКХ, особливості побудови СЗ, класифікації СКХ, описати клінічні прояви СКХ, навчити діагностиці, лікуванню і профілактиці ускладнень СКХ.

2. Методологічна, загальноосвітня і професійна спрямованість лекції: лекція розкриває основні напрями в теоріях етіології, патогенезу, статистики, класифікації, клініки, діагностики, лікування і профілактики СКХ. Студенти відкривають для себе особливості діагностики та лікування хворих на слинокам'яну хворобу в умовах поліклініки і стаціонару, з урахуванням при цьому не лише локалізації слинного каменя, перебігу, тривалості захворювання але й взаємозв'язку цієї патології із загальними захворюваннями у хворого, в основі яких лежать порушення мінерального обміну речовин в організмі, топографо-анатомічні особливості будови великих слинних залоз, що сприяють виникненню СКХ і розвитку можливих ускладнень СКХ, до і після лікування хворого.

3. Графологічна структура лекції: "Слинокам'яна хвороба. Етіологія, патогенез, статистика, класифікація, клініка, діагностика, лікування, профілактика".

Графологічна структура лекції "Слинокам'яна хвороба"



III. Класифікація СКХ

- 1) за перебігом:
 1. Гострий.
 2. Хронічний.
 3. Хронічний в стадії загострення.
- 2) за локалізацією СК та розвитком хронічного запалення в СЗ:
 1. СКХ при локалізації СК в ГВП СЗ:
 - а) в передній ділянці ГВП СЗ;
 - б) в середній ділянці ГВП СЗ;
 - в) в задній ділянці ГВП СЗ.
 2. СКХ при локалізації СК в СЗ.
 3. Хронічне запалення в СЗ на фоні СКХ:
 - а) після самовільного відходження СК;
 - б) після оперативного видалення СК із ГВП СЗ.
- 3) за стадіями СКХ:
 1. Початкова стадія СКХ.
 2. Стадія клінічно вираженого запалення СКХ.
 3. Пізня стадія СКХ.

IV. Клініка СКХ

- За стадіями:
- | | | |
|--|--|--|
| Початкова стадія. | Виражена стадія. | Пізня стадія СКХ. |
| • безсимптомний перебіг СКХ, якщо СК не перешкоджає відтоку секрету із СЗ (СК в СЗ); | • СЗ збільшена в розмірах, щільної консистенції, слабо болюча, із СЗ виділяється слизистий секрет; | • ГВП у вигляді шпильного тяжка; |
| • на R-грамі СК в СЗ; СЗ не збільшена, м'якої консистенції, безболісна; | • секрет слизової оболонки виділяється із СЗ; | • СК на R-грамі в СЗ або в ГВП; |
| | | • СЗ збільшена в розмірах, щільної консистенції, безболісна, із устя ГВП СЗ слизистий, в'язкий секрет; |

- на R-грамі СК в ГВП СЗ;
- "сдинка колька" - болі в СЗ під час прийому їжі або при її вигляді (СК в ГВП СЗ порушує відтік секрету із СЗ та знижує або припиняє його виділення).
- СК на R-грамі в ГВП СЗ;
- СК болісна при пальпації, із уст ГВП або норити СЗ виділяється слизистий секрет з гнійним ексудатом.
- СК на R-грамі в ГВП СЗ;
- при прийомі розсмоктування капсули СК виходить згусток у м'яко тканини або в порожнину рота в ділянці локалізації СЗ;
- в ділянці локалізації СЗ загальний інфільтрат.

V. Діагностика СКХ

Методи діагностики захворювань СЗ:

Загальні	Окремі	Спеціальні
<ul style="list-style-type: none"> • опит; • огляд; • пальпація. 	<ul style="list-style-type: none"> • бімапуальна пальпація СЗ та ГВП СЗ; • зондування ГВП СЗ; • сіалометрія; • в'язкість секрету СЗ; • цитологія секрету СЗ; • R-графія ділянки СЗ; • сіалографія. 	<ul style="list-style-type: none"> • біохімічне дослідження плазми крові на вміст Са; • інші методи дослідження за показаннями

VI. Патологічна анатомія СКХ (за стадіями захворювання):

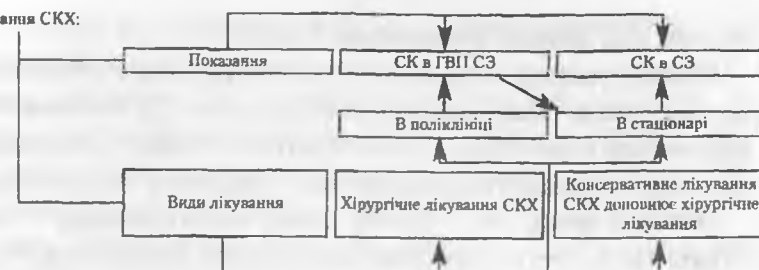
<i>У початковій</i> — в тканинах СЗ помірно виражені ознаки хронічного запалення (ацинуси збережені повністю)	<i>У вираженій</i> — в тканинах СЗ більш виражені ознаки хронічного запалення (атрофія кінцевих відділів всередині дольок)	<i>У пізній</i> — в тканинах СЗ виражене хронічне запалення (повна атрофія кінцевих відділів всередині різко зменшених дольок)
---	--	--

VII. Ускладнення СКХ:

Ускладнення СКХ

В період загострення СКХ	Після оперативного лікування СКХ
<ul style="list-style-type: none"> • норити СЗ; • слинна пухлина; • повна або часткова облітерація ГВП ПНЧЗ після відходження СК; • абсцес під'язичної ділянки; • флегмона два порожнини рота; • абсцес щічної ділянки; флегмона привушно-жувальної ділянки. 	<ul style="list-style-type: none"> • пораз крайової гілки лицьового нерву (п. facialis); • пошкодження яремної вени і біфуркації загальної сонної артерії, язичного нерва, гілок під'язичного нерва; • хибне розсічення бартолінової протоки ПНЧЗ замість ГВП ПНЧЗ; • норити СЗ; • повна або часткова облітерація ГВП ПНЧЗ після видалення СК із ГВП ПНЧЗ; • слинна пухлина; • сіалодохит у частині ГВП ПНЧЗ, що залишилася; • не видалена додаткова доля СЗ, яка раніше залучена у запальний процес.

VIII. Лікування СКХ:



IX. Профілактика ускладнень СКХ:

- своєчасна діагностика СКХ;
- правильно вибрана тактика лікувальних заходів для хворого СКХ, яка залежить від локалізації СК, стадії перебігу СКХ, тривалості захворювання, кількості загострень та перенесених оперативних втручань з приводу СКХ, загального стану хворого;
- знання хірургом особливостей топографії анатомії ділянки, в якій розташована СЗ та напрямку ГВП СЗ з метою профілактики операційної травми СЗ, нервів, судин, м'яких тканин операційної ділянки;
- профілактика утворення норити СЗ - видалення СК в період ремісії СКХ;
- профілактика повної рубцевих структур після хірургічного лікування СКХ — стіпки вивідної протоки, після їх розсічення та видалення СК, підшивають до слизової оболонки два порожнини рота або проки з наступним формуванням нового устя СЗ, у ГВП СЗ після операції вводять на 5—7 днів поліетиленовий катетер;
- зниження секреторної функції СЗ у післяопераційному періоді у хворого СКХ;
- диспансерний пагляд хворих СКХ у стоматолога за місцем проживання протягом 3—6 місяців після хірургічного лікування при збереженні СЗ до відновлення її секреторної функції.

4. Проблемні запитання до лекції

1. Топографічні та анатомічні особливості будови великих слинних залоз.
2. Етіологія, патогенез слинокам'яної хвороби.
3. Класифікація слинокам'яної хвороби.
4. Особливості клініки і діагностики слинокам'яної хвороби.
5. Особливості лікування слинокам'яної хвороби в залежності від клінічної форми захворювання.
6. Профілактика ускладнень слинокам'яної хвороби у хворих.

5. План та організаційна структура лекції

Актуальність теми:

Слинокам'яна хвороба серед захворювань слинних залоз складає 61,1% (Н.Д. Лісова, 1955), 51,6% (А.В. Клементов, 1956), 27,5% (А.М. Солнцев, 1991).

Найчастіше СКХ спостерігається у піднижньощелепній залозі, що пояснюється топографо-анатомічними особливостями

будови цієї залози, характером її секрету.

Немає сумніву, що знання теоретичних основ етіології, патогенезу, статистики, класифікації, клініки СКХ допоможе стоматологові правильно діагностувати і лікувати це захворювання, а також сприяти профілактиці можливих ускладнень.

Головна мета, яку ставить перед собою лектор, — навчити студентів теоретичним основам етіології, патогенезу, статистики, класифікації, клініки, діагностики, лікуванню і профілактиці ускладнень СКХ.

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Особливості топографії та анатомічної будови великих слинних залоз людини.
2. Етіологія та патогенез слинокам'яної хвороби.
3. Статистика СКХ.
4. Класифікація слинокам'яної хвороби.
5. Клінічні прояви слинокам'яної хвороби у залежності від локалізації СК.
6. Діагностика СКХ.
7. Патологічна анатомія слинної залози при СКХ.
8. Лікування слинокам'яної хвороби в залежності від локалізації СК.
9. Ускладнення слинокам'яної хвороби та їх профілактика.

ОСОБЛИВОСТІ ТОПОГРАФІЇ ТА АНАТОМІЇ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЛЮДИНИ

Слинні залози — складні альвеолярно-трубчасті залози, які складаються з кінцевих або секреторних відділів та вивідних проток. За механізмом секреції СЗ відносяться до мерокринних.

Слинні залози діляться на малі та великі, які відкриваються в присінок та в порожнину рота. Великі слинні залози — приушна, піднижньощелепна, під'язикова (рис.1). Малі слинні

залози — губні (g. labiales), щічні (g. buccales), язикові (g. linguales), піднебінні (g. palatini).

Основу дольки СЗ складають секреторні відділи та внутрішньодолькові вивідні протоки. Кінцеві (секреторні) відділи складаються із секреторних клітин (гланулоцитів) та розташованих нижче від них міоепітеліальних клітин. У гланулоцитах проходить утворення секрету. Міоепітеліальні клітини розташовані не тільки в секреторних відділах, але також і у вставлених та частині посмугованих вивідних проток. Основна фізіологічна роль міоепітеліальних клітин — виділення секрету із секреторних одиниць завдяки добре розвиненому скорочувальному апарату. Кількість міоепітеліальних клітин залежить від в'язкості слини, тому у слизових секреторних відділах кількість їх найбільша, а в серозних — мінімальна.

Кінцеві відділи СЗ переходять у вставлені протоки (вставлені відділи). Кінцеві відділи вистелені низьким кубічним епітелієм. Вставлені протоки — основна камбіальна зона СЗ, в якій зосереджені первинні клітини, що сприяють відновленню двох функціональних відділів — секреторного епітелію та епітелію посмугованих проток. Вставлені відділи добре виражені у ПВЗ та ПНЦЗ, у ПЯСЗ вони відсутні. Вони переходять у посмуговані протоки (слинні трубки, трубки Пфлюгера), які вистелені високим світлим кубічним епітелієм. Складки базальної мембрани та пальцеві випинання бокових відділів клітин посмугованих проток забезпечують значне підвищення поверхні мембрани з виробленою первинною слиною та ефективну реабсорбцію речовин і солі, які необхідні організму. Посмуговані протоки виражені у ВПЗ, у слизових СЗ вони відсутні.

Власне вивідні протоки СЗ (посмуговані та головні) вистелені епітелієм, який складається з головних клітин та переривчастого ряду базальних. Головні клітини — високі циліндричні з центральним розташуванням ядра. В епітелії головної вивідної протоки зустрічаються бокалоподібні клітини, які збільшуються при запаленні.

Кінцевий відділ ГВП вистелений багатошаровим простим епітелієм. У стінці ГВП виділяється три шари: внутрішній (епітеліальний), середній (м'язовий), зовнішній (волокниста сполучна тканина). В субепітеліальному шарі є численні еластичні та колагенові волокна. Скорочувальні елементи (міоепітеліальні клітини) в стінці міждолькової та ГВП СЗ дозволяють активно змінювати їх отвір у залежності від функціонального стану СЗ, тоді як внутрішньодолькові протоки виконують цю функцію пасивно: зміна отвору протоки в них залежить від об'єму слини в цих трубчастих утвореннях (В.І. Ковачев, 2001).

За характером секрету СЗ поділяються на білкові або серозні (привушна, піднижньощелепна та залози Ебнера), слизові (язикові, підніжні, передня язикова та губні залози).

Великі та малі СЗ мають єдине джерело розвитку та загальні центри нервової регуляції, діяльність яких направлена в першу чергу на забезпечення порожнини рота необхідною кількістю рідини. Відомо, що за добу СЗ виробляють до 2 літрів слини, 30% з якої належить малим СЗ. Хімічний склад слини включає різні елементи (мікрофлору, згущені епітеліальні клітини, слинні тільця, еритроцити) та щільний залишок змішаної слини, який складається з різних речовин - комплексних біополімерів, які представлені глікозаміногліканами в ковалентному зв'язку з білками (глікопротеїди). В'язкість слини знаходиться в прямій залежності від їх концентрації (Ю.П. Коштенко, 1999).

Привушна слинна залоза (*glandula parotis*) найбільша серед усіх слинних залоз, має форму неправильного трикутника. Задня частина СЗ розташована в позадунижньощелепній ямці. Передня заходить на зовнішню поверхню жувального м'яза (*m. masseter*). Вага ПВЗ 20–30 г, у похилому віці вага СЗ зменшується (А.В. Клементов, 1960).

ПВЗ має поверхневу та глибоку частини; додаткову долю; жувальний, глотковий та нижній відростки. ПВЗ покрита власною капсулою бічної ділянки обличчя. До поверхневого

листка власної фасції обличчя відноситься привушна фасція (*fascia parotidea*), яка є продовженням височної фасції. Привушна фасція йде донизу від вилицевої дуги, ділиться на дві частини та окутує ПВЗ, утворюючи її капсулу. Від привушної фасції в товщу ПВЗ відходять відростки, які поділяють СЗ на окремі дольки. Далі привушна фасція йде наперед, покриває *m. masseter* і вже носить назву жувальної фасції (*fascia masseterica*). Обидві фасції (привушна та жувальна) складають привушно-жувальну фасцію (*fascia parotidea masseterica*). Біля заднього краю ПВЗ фасція кріпиться до хряща зовнішнього слухового проходу та переходить на соскоподібний відросток. Унизу фасція кріпиться до зовнішньої поверхні кута нижньої щелепи. Привушна фасція стоїть в ділянці верхньої поверхні СЗ, яка повернута до зовнішнього слухового проходу, та на внутрішній поверхні *pars profunda* ПВЗ, яка повернута до переднього відділу навкологлоткового простору (ділянка внутрішньої поверхні глоткового відростка). У цих місцях привушна фасція може бути відсутня, тому при гнійному запаленні ПВЗ (паротиті) гній в 4 рази частіше проривається в навкологлотковий клітковинний простір, ніж у зовнішній слуховий прохід (В.В. Кованов, 1978).

Від капсули ПВЗ відходять у слинну залозу з'єднувальні тканинні перегородки, які ділять її на дольки. Капсула ПВЗ розгалужується та покриває СЗ ззовні (поверхневий листок) та з внутрішньої сторони (глибокий листок). Інколи глибокий листок фасції ПВЗ відсутній, наприклад, у ділянці глоткового відростка ПВЗ (довжина глоткового відростка – 0,4–0,7 см). Глотковий відросток ПВЗ з'єднує позадущелепну ямку з переднім відділом навкологлоткового клітковинного простору. Нижній відросток ПВЗ спускається до внутрішньої поверхні кута нижньої щелепи, де він відділяється від ПНЩЗ міцним фасціальним відрогом, який зв'язує футляр грудино-ключично-соскоподібного м'яза з кутом нижньої щелепи (В.В. Кованов, 1978).

Поверхнева частина ПВЗ трикутної форми взагалі направ-

лена своєю основною частиною до вилицевої гілки та розташовується на зовнішній поверхні жувального м'яза. Передня частина ПВЗ нерідко продовжується по ходу ПВЗ СЗ до переднього краю *m. masseter*. При щільно зімкнутих зубах на зовнішній поверхні *m. masseter* методом пальпації можна визначити щільний тяж — головну вивідну протоку ПВЗ, яка йде у поперечному напрямку на відстані 1,5–2 см нижче вилицевої гілки. ГВП ПВЗ йде у напрямку від зовнішнього слухового проходу до середини відстані між крилом носа та кутом рота. ГВП ПВЗ має передню ділянку (переджувальну, щічну та підслизову частини) (В.В. Кованов, 1978). Підслизова частина ГВП ПВЗ йде паралельно лінії змикання зубів верхньої та нижньої щелепи, що враховується при операціях у цій ділянці, наприклад, при розтині абсцесу та флегмони щічної ділянки.

ГВП ПВЗ утворюється у СЗ за рахунок з'єднання малих проток СЗ (внутрішньодолькових, міждолькових) та виходить з переднього краю СЗ. ГВП ПВЗ має довжину 40–70 мм, діаметр 3–4 мм. У місці відкриття устя ГВП ПВЗ знаходиться слинний сосочок. Привушна протока має клапани та термінальні сифони, які регулюють виділення слини (В.І. Ковачев, 2001). ГВП слинної залози проходить по зовнішній поверхні *m. masseter*, біля його переднього краю занурюється крізь *m. buccalis*, проходить крізь бокову стінку порожнини рота та відкривається устям на слизовій оболонці присінка порожнини рота на рівні між першим та другим молярами верхньої щелепи. ГВП ПВЗ має різні напрямки: прямий (14%), висхідний (41%), колінчатий (8%), низхідний (22%), S-подібний (9%), подвійний (6%) (Т.В. Золотарьова, Г.Н. Топоров, 1968).

Венозний відтік із ПВЗ йде у поперечну вену обличчя, в позадущелепну вену, вену жувальних м'язів, у передню вушну вену, задню вушну та інколи у потиличну вену.

Лімфатичний відтік із ПВЗ здійснюється у зовнішні вушні периферичні лімфатичні вузли та глибокі вушні лімфатичні вузли, в які впадають лімфатичні судини.

Іннервація ПВЗ здійснюється *rr. parotidei* (n. auriculotemporalis), *rr. temporalis* (n. facialis), *rr. parotidei* (вушний нервовий вузол), симпатичні волокна від сплетіння навколо *a. maxillaris*, *a. temporalis superficialis* (Т.В. Золотарьова, Г.Н. Топоров, 1968).

Слід врахувати те, що СКХ зустрічається також у людей похилого та старечого віку і будова та топографія ПВЗ у них має свої особливості, які визначаються не тільки віковим фактором, а залежать також від будови обличчя та голови.

Спостерігаються дві крайні форми індивідуальної мінливості вивідної протоки привушної слинної залози у осіб похилого та старечого віку: для брахіморфного типу голови характерна найменша абсолютна довжина протоки та величина кута згину біля переднього краю жувального м'яза в межах 90° – 100° (в середньому $98,8^{\circ}$) при хамепрозоії, а для доліхоморфного типу голови характерна абсолютна довжина протоки та кут згину біля переднього краю жувального м'яза в межах 90° – 120° (в середньому $111,3^{\circ}$) при лентопрозоії (С.В. Білай, 1997).

Вікове збільшення активності передньої ділянки протоки привушної слинної залози у осіб похилого та старечого віку настає як внаслідок відносного подовження її за рахунок часткової атрофії жувального м'яза на ранніх етапах старіння, так і внаслідок абсолютного збільшення її довжини у зв'язку з віком. Збільшення звивистості найбільш характерне для передньої ділянки протоки (переджувальна, щічна, підслизова частини), звивистості у задній ділянці (внутрішньозалозиста, жувальна частини) практично не спостерігається (С.В. Білай, 1997).

На сіалограмах протоки привушної слинної залози, виконаних у бічній проекції, спостерігались усі її основні форми (пряма — 47,1% випадків, висхідна — 25,5% випадків, низхідна — 14,6% випадків, "S" — подібна — 9,7% випадків, роздвоєна — 3,1% випадків) в усіх вікових групах, але одночасне дослідження привушної протоки в двох проекціях — бічній та аксіальній — дозволяє отримати більш повне уявлення про анатомічний

хід протоки, про характер її згинів біля переднього краю жувального м'яза, про особливості ходу протоки при різноманітних її варіантах (С.В. Білай, 1997).

При висуненні нижньої щелепи вперед відбувається зміщення обох проток (правої та лівої) вперед та незначне збільшення їх згину біля переднього краю жувального м'яза, при зміщенні нижньої щелепи у правий або лівий бік обидві вивідні протоки (права та ліва) зміщуються разом із щелепою та майже не змінюють своєї дугоподібної форми (С.В. Білай, 1997).

При закритому роті на аксіальних знімках уся головна магістраль протоки представлена у вигляді дуги лука опуклістю, що звернена назовні, середня частина цієї дуги сплюснена, а кінцеві її частини більш зігнуті. При відкритому роті згин протоки біля переднього краю гілки нижньої щелепи згладжується, частина протоки, що прилягає до жувального м'яза, випрямляється та трохи зміщується досередини, згин протоки біля переднього краю жувального м'яза різко збільшується і трохи зміщується вперед (С.В. Білай, 1997).

При зміні положення голови та зміщенні нижньої щелепи вивідна протока привушної слинної залози при проєкції на бічну поверхню обличчя не виходить за межі трикутника Цакадзе (С.В. Білай, 1997).

Виявлені вікові розбіжності топографії протоки привушної слинної залози, що стосуються осіб крайніх типів будови голови та обличчя, повинні братися до уваги при плануванні та проведенні оперативних втручань, діагностичних маніпуляцій, як на самій залозі, так і на позазалозистій ділянці протоки у осіб похилого та старечого віку.

Під'язикова слинна залоза (*glandula sublingualis*) найменша серед великих слинних залоз, має форму здавленого з боків овоїда, трикутну або продовгувату. ПЯСЗ має вагу 5г. Вона розташована у бічному під'язиковому клітковинному просторі для порожнини рота, під слизовою оболонкою дна порожнини рота, над щелепно-під'язичним м'язом (*m. mylohyoideus*) по обидва боки від вуздечки язика. Розмір ПЯСЗ від 1,5 до 3 см,

поперечний від 0,9 до 2см, вертикальний — від 0,8 до 1,2 см. ГВП слинної залози (*ductus sublingualis major*) відкривається на *caruncula sublingualis* самостійно або зливається з протокою ПНЩЗ (Т.В. Золотарьова, С.Н. Касаткін, 1947).

Діаметр ГВП ПЯСЗ — 1–2 мм, довжина — 0,9–20 мм. За даними З.Л. Терещиної, числені короткі (від 3 до 20 мм) протоки (*ductus sublingualis minores*) відкриваються справа та зліва вздовж під'язикової складки, довжина цих проток від 1 до 0,5 см.

СЗ вкрита капсулою, від якої в її товщу йдуть з'єднувальнотканинні перетинки, які поділяють СЗ на дольки (від 4 до 16 дольок). ПЯСЗ складається з двох частин: постійної, яка має одну велику ГВП та непостійної, що вміщує велику кількість дрібних проток (С.Н. Касаткін, 1948). Із зовнішнього боку СЗ прилягає до внутрішньої поверхні тіла нижньої щелепи в під'язиковій ямці (*fovea sublingualis*), довжина якої від середини нижньої щелепи до першого моляра. Задня частина СЗ доходить до рівня третього моляра нижньої щелепи. Внутрішня поверхня СЗ торкається до під'язиково-язичного та підборідково-язичного м'язів (Т.В. Золотарьова, Г.Н. Топоров, 1968).

Іннервація ПЯСЗ здійснюється *chorda tympani*, *n. lingualis*, піднижньощелепним та під'язиковим нервовими вузлами.

Кровопостачання ПЯСЗ здійснюється *a. sublingualis*, *a. lingualis*, *a. mentalis* (*a. facialis*), *v. sublingualis* (*v. lingualis*).

Лімфовідтік із ПЯСЗ іде в периферичні піднижньощелепні лімфатичні вузли (Т.В. Золотарьова, Г.Н. Топоров, 1968).

Піднижньощелепна слинна залоза (*glandula submandibularis*) розташована під нижньою щелепою в ділянці піднижньощелепного трикутника в фасціальній піхві, яка утворена розщепленням власної другої фасції шиї (*lamina superficialis fasciae colli propria*). ПНЩЗ має вагу 8—10 г. Футляр для двочеревного м'яза утворює фасціальна пластинка другої фасції шиї. Ця фасція від під'язичної кістки до нижньої щелепи йде двома пластинками: зовнішня пластинка покриває ПНЩЗ та кріпиться до зовнішньої сторони нижньої щелепи; глибока пластинка йде під ПНЩЗ та кріпиться до внутрішньої сторони нижньої щелепи по лінії прикріплення *m. mylohyoideus*. Глибока пластинка другої фасції шиї покриває м'язи, які складають дно піднижньощелепного трикутника - *m. mylohyoideus*, та *m. hyoglossus*, між цими м'язами у верхній частині дна порожнини рота проходить ГВП ПНЩЗ з її відростком, *p. hypoglossus* та *v. lingualis*. ПНЩЗ буває двох форм: круглувато-уплощена та часто у формі багатогранної призми (68%). Розмір ПНЩЗ 2—4 см, боковий 0,8—2,3 см, верхньонижній - 1,3—3,7 см. ГВП ПНЩЗ (*ductus submandibularis*) йде в щілину між *m. mylohyoideus* та під'язично-язиковим м'язом у верхній відділ дна порожнини рота. ГВП ПНЩЗ розташовується під слизовою оболонкою дна порожнини рота, проходить вздовж внутрішньої поверхні ПЯСЗ та відкривається устям разом з ГВП ПЯСЗ на *sagunacula sublingualis* (Т.В. Золотарьова, Г.Н. Топоров, 1968). ГВП ПНЩЗ має довжину 50—70 мм. Діаметр ГВП ПНЩЗ 2—4 мм, вона має три форми: пряму, дугоподібну, S-подібну (А.В. Клементов, 1960).

Кровопостачання ПНЩЗ здійснюється *a. facialis*, *a. lingualis*, *a. mentalis* та *v. lingualis*, *v. facialis*, *v. mentalis* та м'язовими венами.

Іннервація ПНЩЗ здійснюється *horda tympani*, піднижньощелепним нервовим вузлом, *p. lingualis*, гілками нервового сплетіння навколо *a. facialis*.

Відтік лімфи з ПНЩЗ йде у периферичні піднижньощелепні лімфатичні вузи, які розташовані в СЗ, в її капсулі та

вздовж капсули, їх кількість від 7 до 10 (передня, середня та задня групи) (Т.В. Золотарьова, Г.Н. Топоров, 1968).

Малі слинні залози мають діаметр 1—5 мм. Кількість — від 600 до 1000. МСЗ локалізуються взагалі у підслизовій основі порожнини рота, крім ясен та передньої частини твердого піднебіння.

МСЗ мають більш просту будову, ніж великі СЗ. Їх кінцеві відділи утворюють невеликі компактні дольки, що розділяють тунельні проспекти з'єднувальних тканин, в яких ідуть судини, нерви та міждолькові протоки. Взагалі в цих СЗ відсутні вставні та посмуговані протоки, в їх стромі виділяються лімфоцити, товсті клітини, макрофаги, плазматичні клітини, які секретують імуноглобулін, особливо IgA. Епітеліальні клітини кінцевих відділів вивідних проток синтезують секреторний компонент, який забезпечує захват та трансепітеліальне перенесення імуноглобулінів, що містяться у слині.

Кровопостачання МСЗ здійснюється гілками *a. coroticus externa*, зовнішньою та внутрішньою яремними венами.

Лімфовідтік від МСЗ йде у підборідні, піднижньощелепні та глибокі шийні лімфатичні вузли.

Іннервацію МСЗ здійснює верхнє слиновідділяюче ядро язико—глоткового нерва (парасимпатична іннервація МСЗ). Симпатичну іннервацію МСЗ здійснює зовнішнє сонне сплетіння, у формуванні якого беруть участь гілки шийного вузла симпатичного відділу.

Рис. 1. Схема анатомічного розташування великих слинних залоз у щелепно-лицевій ділянці у людини:
 1 – привушна СЗ (головна вивідна протока ПВЗ – стенозна протока); 2 – піднижньощелепна СЗ (ГВП ПНЧЖ – вертенозна протока); 3 – під'язикова СЗ (ГВП ПЯСЖ – бартолінова протока).

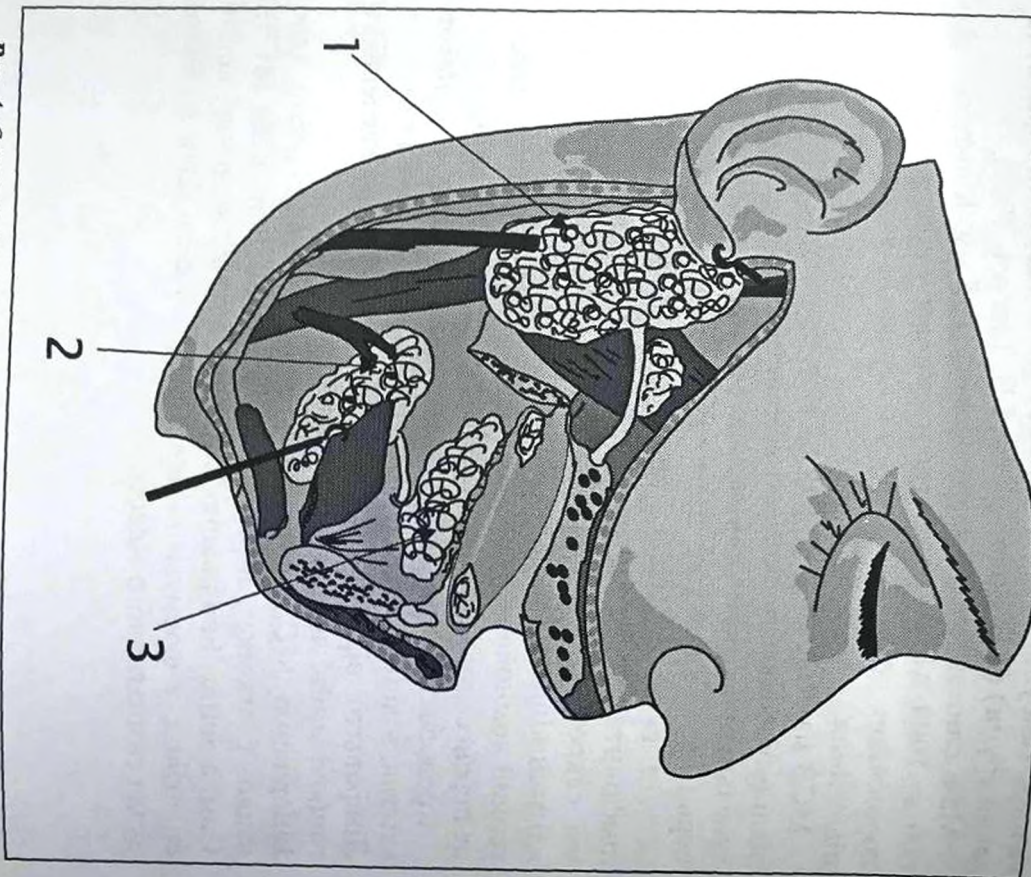


Схема 1. Класифікація слинних залоз, які відкриваються в порожнину рота, будова та їх функції.

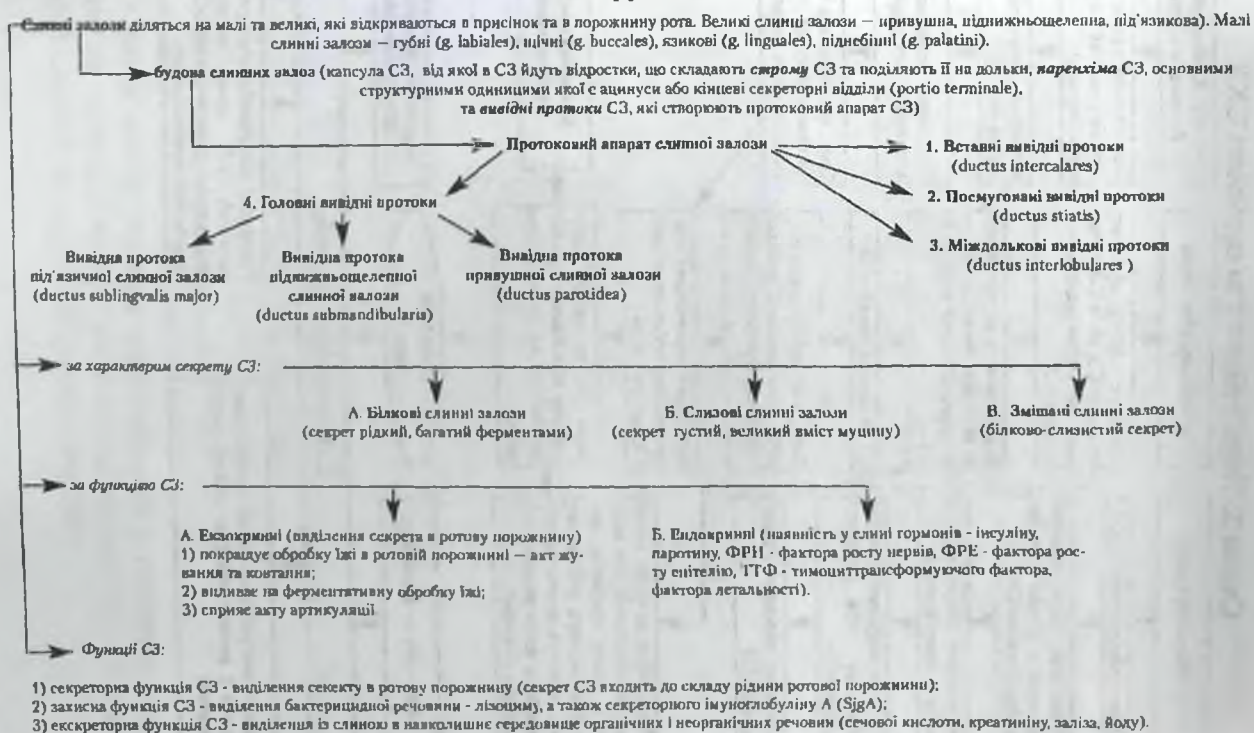
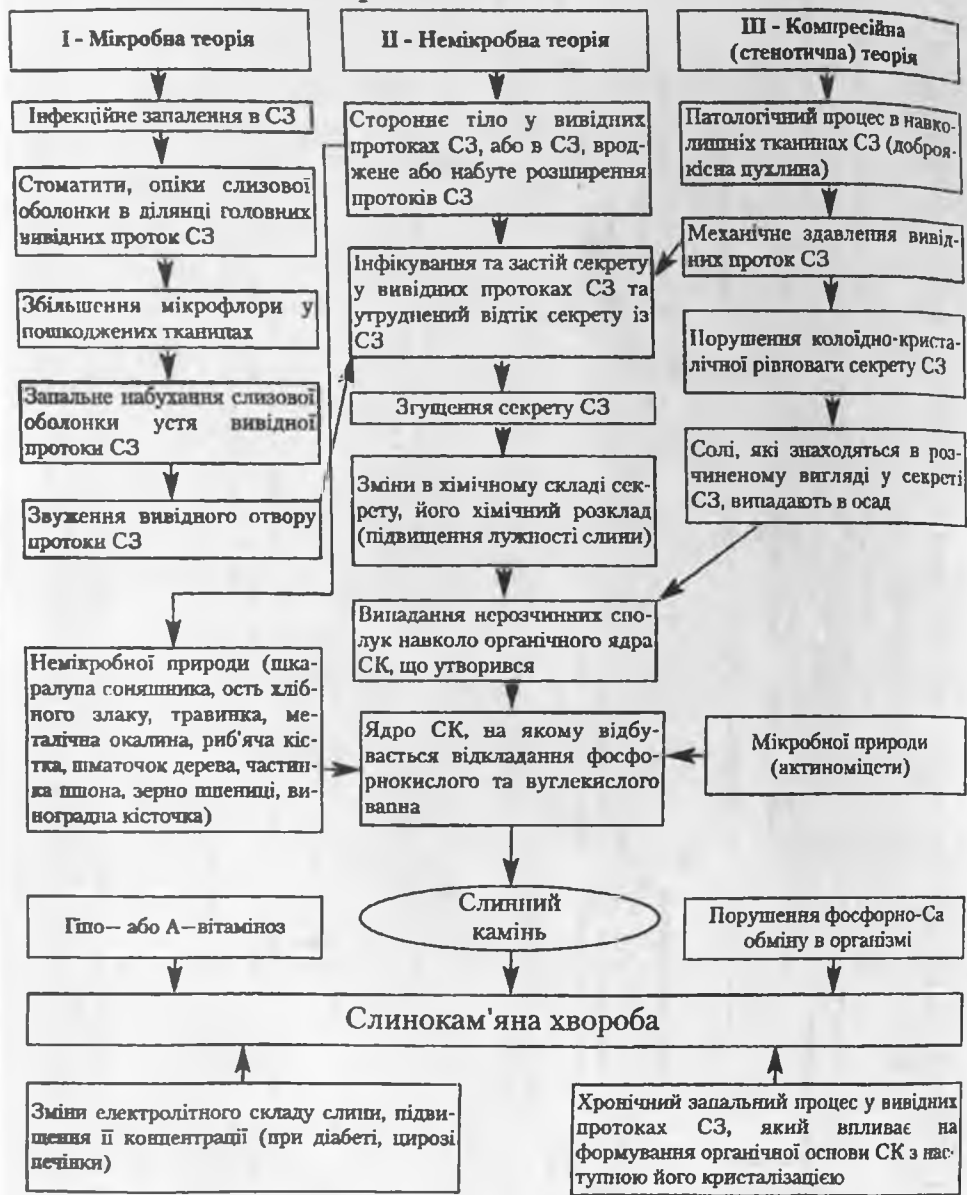
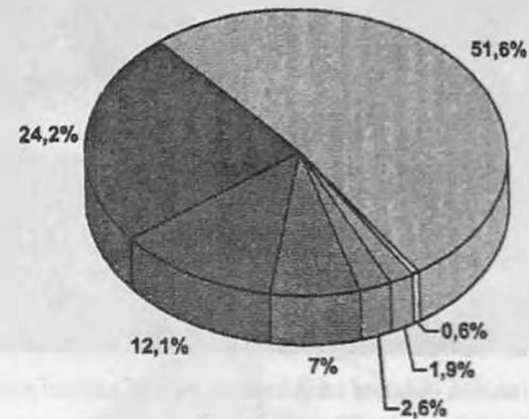


Схема 2. Теорії етіології та патогенез СКХ.



СТАТИСТИКА СЛИННОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Серед усіх захворювань СЗ СКХ займає провідне місце (А.В. Клементов, 1960): слинокам'яна хвороба — 51,6%; хронічне запалення СЗ — 24,2%; кісти СЗ — 12,1%; доброякісні пухлини СЗ — 7,0%; злоякісні пухлини СЗ — 2,6%; гостре запалення СЗ — 1,9%; хвороба Мікулича — 0,6% (діаграма №1).



- слинокам'яна хвороба;
- хвороба Мікуліча;
- гостре запалення слинних залоз;
- злоякісні пухлини слинних залоз;
- доброякісні пухлини слинних залоз;
- хронічне запалення слинних залоз;
- кісти слинних залоз.

Діаграма №1. Розподіл хворих із захворюваннями слинних залоз за діагнозами в процентному відношенні (А.В. Клементов, 1960):

Перше місце за локалізацією слинних каменів у слинній залозі займає піднижньощелепна залоза (Dechaume, Boncau et Planke, 1950) (діаграма №2):

- 1 місце – піднижньощелепна залоза (80%) (рис.2);
2 місце – привушна залоза (15%);
3 місце – під'язикова залоза (5%).

Слинні камені частіше локалізуються у головній вивідній протоці піднижньощелепної слинної залози (68,4%), ніж у самій слинній залозі (31,6%) (діаграма №3).

Від локалізації слинного каменя в слинній залозі або в її головній вивідній протоці залежить розмір, форма та поверхня слинного каменя (схема 2).

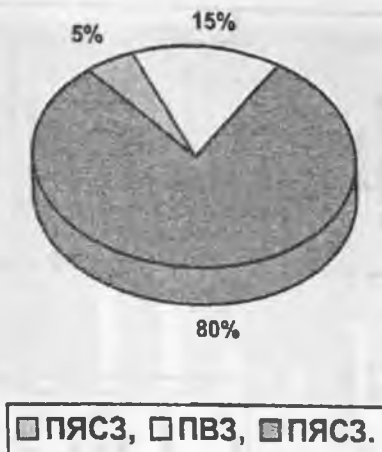


Рис. 2. Слинні камені, видалені з піднижньощелепної слинної залози:
а — слинний камінь видалений з СЗ,
б — слинний камінь, видалений з головної вивідної протоки СЗ.

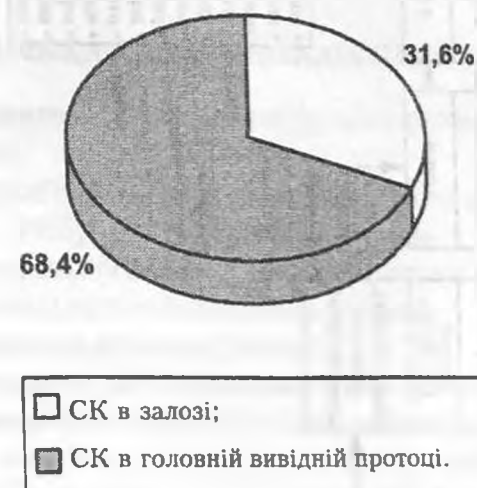
Вага та розмір слинного каменя при слинокам'яній хворобі не залежать від тривалості захворювання.

Колір слинних каменів зазвичай жовтий, але бува з різними відтінками жовтого.

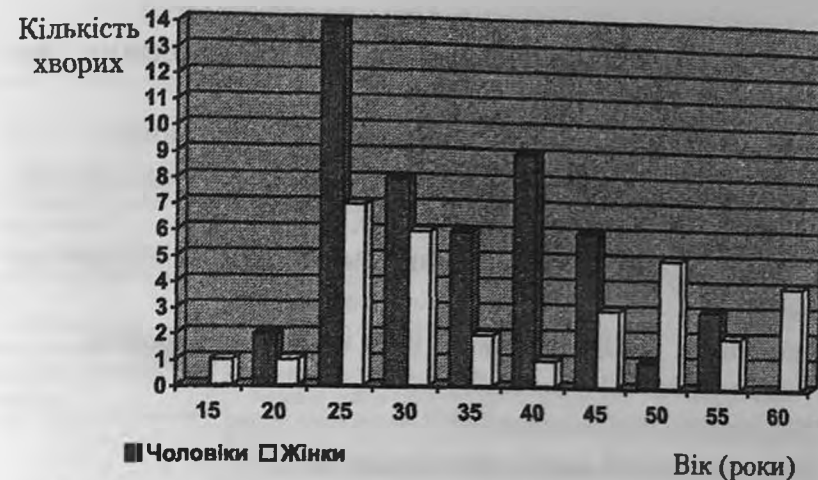
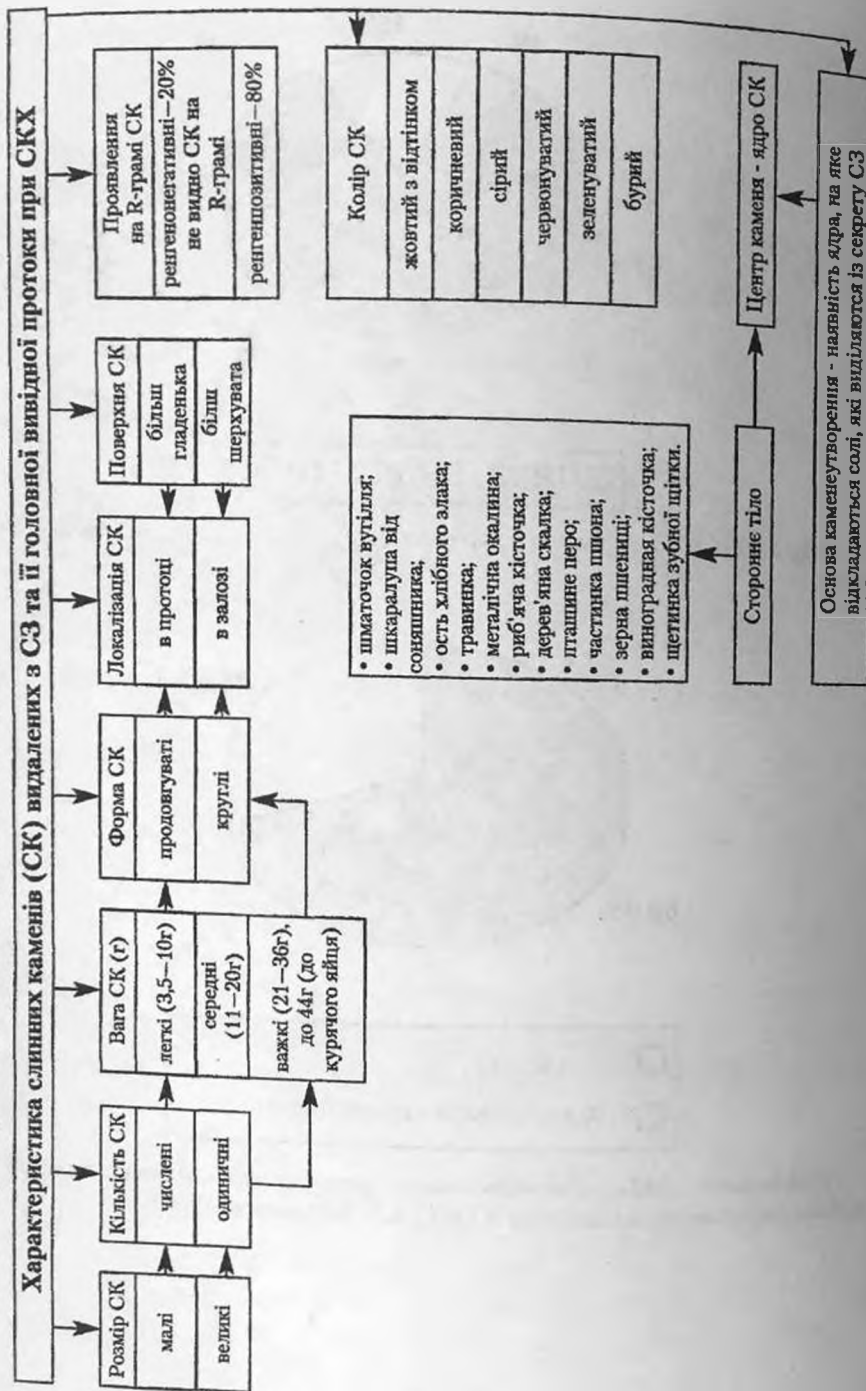
За статистичними даними А.В. Клементова (1960) слинокам'яна хвороба зустрічається частіше у жінок віком від 20 до 30 років та від 45-60 років, у чоловіків віком від 20 до 45 років (діаграма №4).



Діаграма №2. Частота виявлення СК в СЗ (Dechaume, boneau et Planke, 1950)



Діаграма №3. Співвідношення утворення слинних каменів у піднижньощелепній залозі та у її ГВП (А.В. Клементов, 1960)



Діаграма №4. Розподіл хворих слинокам'яною хворобою за віком та статтю (А.В. Клементов, 1960).

КЛАСИФІКАЦІЯ СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

А.В. Клементов (1960) поділяє усі калькульозні сіалоаденіти на три групи:

I. Слинокам'яна хвороба (калькульозний сіаладеніт (А.В. Клементов, 1956)) з локалізацією каменю у протоці залози (піднижньощелепній, привушній, під'язиковій):

- без клінічних проявів запалення у залозі;
- з хронічним запаленням залози;
- із загостренням хронічного запалення залози.

II. Слинокам'яна хвороба (калькульозний сіаладеніт) з локалізацією каменю в залозі (піднижньощелепній, привушній, під'язиковій):

- без клінічних проявів запалення у залозі;
- з хронічним запаленням залози;
- із загостренням хронічного запалення залози.

III. Хронічне запалення залози внаслідок слинокам'яної хвороби (піднижньощелепної, привушної, під'язикової):

- після спонтанного відходження каменя;

б) після оперативного видалення каменя з протоки.

Я.В. Кречко (1979), І.Ф.Ромачева (1973) виділяють три клінічні стадії СКХ:

I стадія — початкова (без клінічних ознак запалення);

II стадія — клінічно вираженого запалення (з періодичним загостренням сіаладеніту);

III стадія — пізня (з вираженими симптомами хронічного запалення).

У перебігу СКХ Н.Д. Лісова (1979) виділяє три форми:

- 1) калькульозний сіаладеніт;
- 2) калькульозний сіалодохит;
- 3) калькульозний сіаладеніт та сіалодохит.

У цій класифікації не враховується характер перебігу запального захворювання — хронічне чи загострення хронічного. За сучасною класифікацією ВООЗ слинокам'яна хвороба має шифр (K115).

КЛІНІКА СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Клініка СКХ залежить від (А.М. Солнцев та співавт., 1991):

- локалізації СК у СЗ чи головній вивідній протоці СЗ; від розміру і форми СК та його розташування у протоці;
- ступеня вивідної функції проток СЗ;
- ступеня ураження строми і паренхіми СЗ;
- стадії захворювання (початкової, клінічно вираженої, пізньої);
- тривалості захворювання та кількості загострень хронічного запалення у слинній залозі;
- фази запалення в СЗ (період загострення або ремісії);
- реактивності організму хворого.

Слинокам'яна хвороба має свої специфічні симптоми, які виділяють цю патологію серед захворювань слинних залоз (схеми 4, 5).

Схема 4. Специфічні клінічні симптоми СКХ (А.М. Солнцев та співавт., 1991).

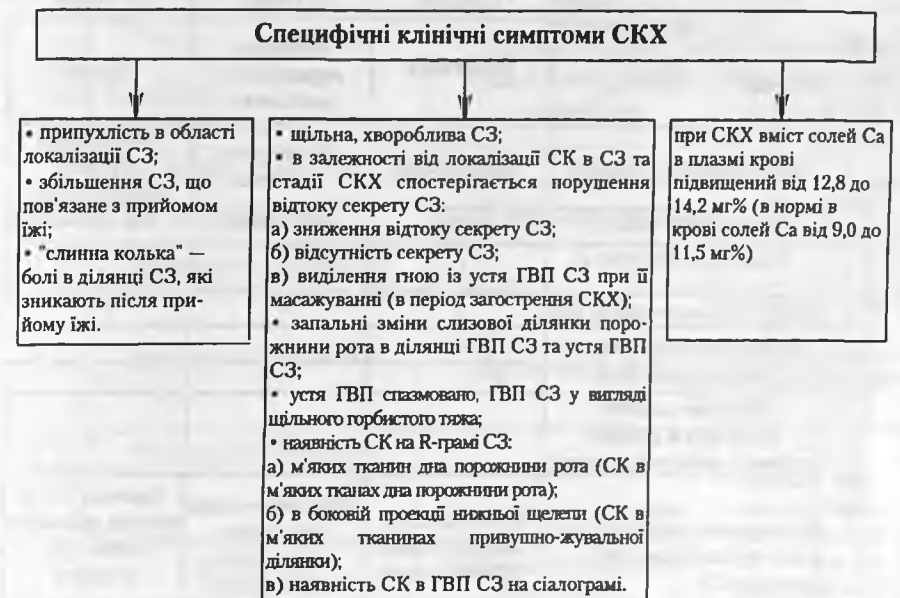
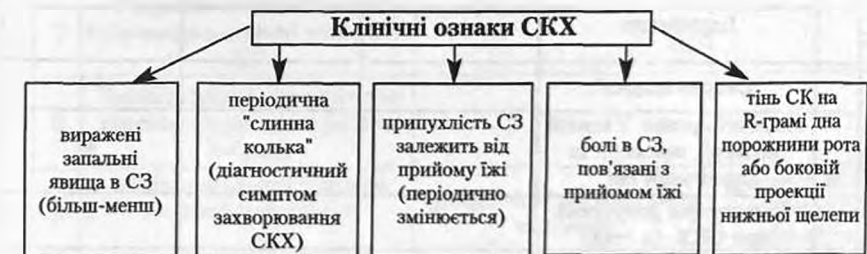


Схема 5. Клінічні ознаки СКХ (А.В. Клементов, 1975).



Клінічні прояви СКХ залежать від стадії захворювання (таблиці 1, 2) та протікання (схема 6) захворювання.

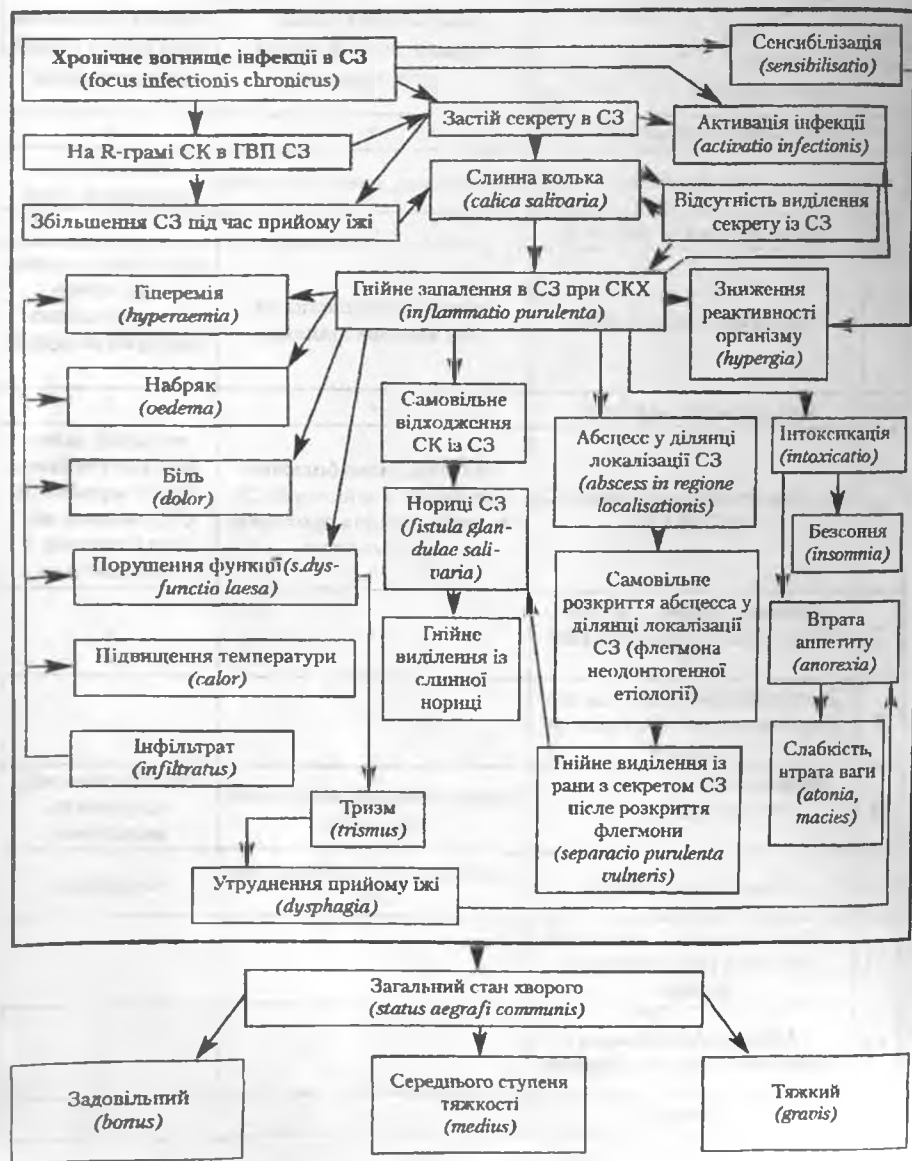
Таблиця 1. Клінічна характеристика стадій СКХ

№	Стадії захворювання Основні	I стадія	II стадія	III стадія
		Початкова	Клінічно вираженого запалення	Пізня
1	Загальний стан хворого	задовільний	середнього ступеню	середнього ступеню тяжкості або
2	Температура тіла, t°C	N	підвищена	N або підвищена
3	Асиметрія обличчя в	+ -	++	+
4	Зміна кольору шкіри над	-	++	+ -
5	Регіонарний лімфаденіт	- +	++	+
	Відкривання рота	-	++	+ -
	Гіпермія слизової оболонки в ділянці головної вивідної протоки	-	++	+
	Бімануальне дослідження СЗ і головної вивідної протоки СЗ	Протока СЗ у вигляді тяжа, СЗ збільшена	Утруднене (при наявності запального інфільтрату)	Протока СЗ у вигляді щільного тяжа, СЗ щільної
	Виділення із головної	Слиз	Гній	Гній, слиз
	Порушення	+	++	+
	"Слина колька"	-	+	++
	Клінічні прояви "слинної кольки", пов'язані із прийомом їжі	+	+	+
	Сіалогія допустима при СКХ (в стадії	+	-	+
	Загострення СКХ	+	-	+
	Перебіг загострення	-	тяжке	легке
	Мимовільне відходження СК із ГВП СЗ	-	+	+ -
	Розвиток сіалодохіту	-	+	++
	Утворення норич СЗ	-	++	+ -
19	Утворення рубцевих стриктур після хірургічного лікування СКХ	-	-	+

Таблиця 2. Клінічна характеристика стадії загострення калькульозного субмаксиліту та калькульозного паротиту.

№ п/п	Діагноз Симптоми захворювання	Калькульозний субмаксиліт у стадії загострення	Калькульозний паротит у стадії загострення
1	Біль у ділянці локалізації СЗ	+	+
2	Іррадіація болю	корінь язика, шия, потилиця	вухо, висок, потилиця, шия
3	Припухлість у ділянці СЗ	+	+
4	Локалізація припухлості	піднижньощелепна та під'язикова ділянки	привушно-жувальна, під'язикова позадунижньощелепна ділянки
5	Регіонарний лімфаденіт	+	+
6	При бімануальній пальпації СЗ та ГВП СЗ	щільний, різко болочий інфільтрат у запаленій СЗ, головна вивідна протока у вигляді тяжа	щільний, різко болочий інфільтрат у запаленій СЗ, головна вивідна протока у вигляді тяжа
7	Гіпермія і набряк слизової оболонки в ділянці устя ГВП СЗ	+	+
8	Зміни слизової оболонки дна порожнини рота (гіпермія та набряк)	+	-
9	Виділення із устя головної вивідної протоки СЗ	крапля гною або відсутність виділення	крапля гною або відсутність виділення
10	Запальна контрактура	відсутня або виражена при СКХ	виражена
11	Абсцес щелепно-язикового жолобка та під'язикової ділянки	+	-
12	Абсцес або флегмона привушно-жувальної ділянки	-	+
13	Нориці СЗ	+	+

Схема 6. Клініка СКХ при локалізації слинного каменя у головній вивідній протоці СЗ в клінічно вираженій стадії в періоді загострення слинокам'яної хвороби.



ДІАГНОСТИКА СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Діагностика захворювань СЗ починається із збору інформації, що характеризує суб'єктивний та об'єктивний статус захворювання у хворого (схеми 7, 8).

Суб'єктивний статус хворого при СКХ оцінюється на основі скарг хворого, *anamnes morbi*, *anamnes vitae*.

Об'єктивний статус хворого при СКХ оцінюється на основі загальних, окремих (рис. 3, 4) та спеціальних методів діагностики захворювань СЗ (І.Ф. Ромачева та співавт., 1987).



Рис. 3. Рентгенограма лівої піднижньощелепної ділянки (бічна проекція): слинний камінь у лівій піднижньощелепній слинній залозі, тінь СК накладається на ділянку кута нижньої щелепи. Розмір СК: ширина — 2 см, довжина — 4,1 см, форма СК — овальна. Діагноз: хронічний калькульозний сіаладеніт лівої піднижньощелепної слинної залози.

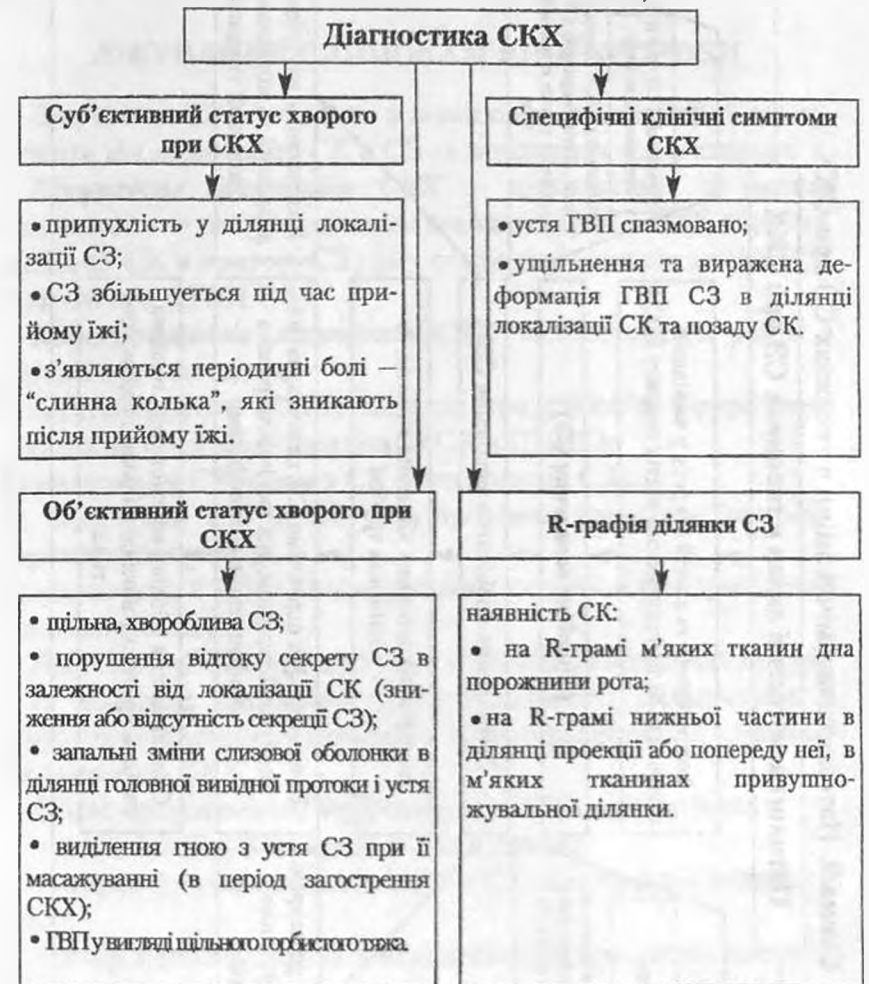


Рис. 4. Рентгенограма дна порожнини рота: слинний камінь локалізується в середньому відділі головної вивідної протоки лівої піднижньощелепної слинної залози. Розмір слинного каменя: ширина 0,2 см, довжина 0,6 см, форма СК - продовгувата. Діагноз: хронічний калькульозний сіаладеніт лівої піднижньощелепної слинної залози, локалізація СК у середньому відділі ГВП слинної залози.

Схема 7. Діагностика СКХ.

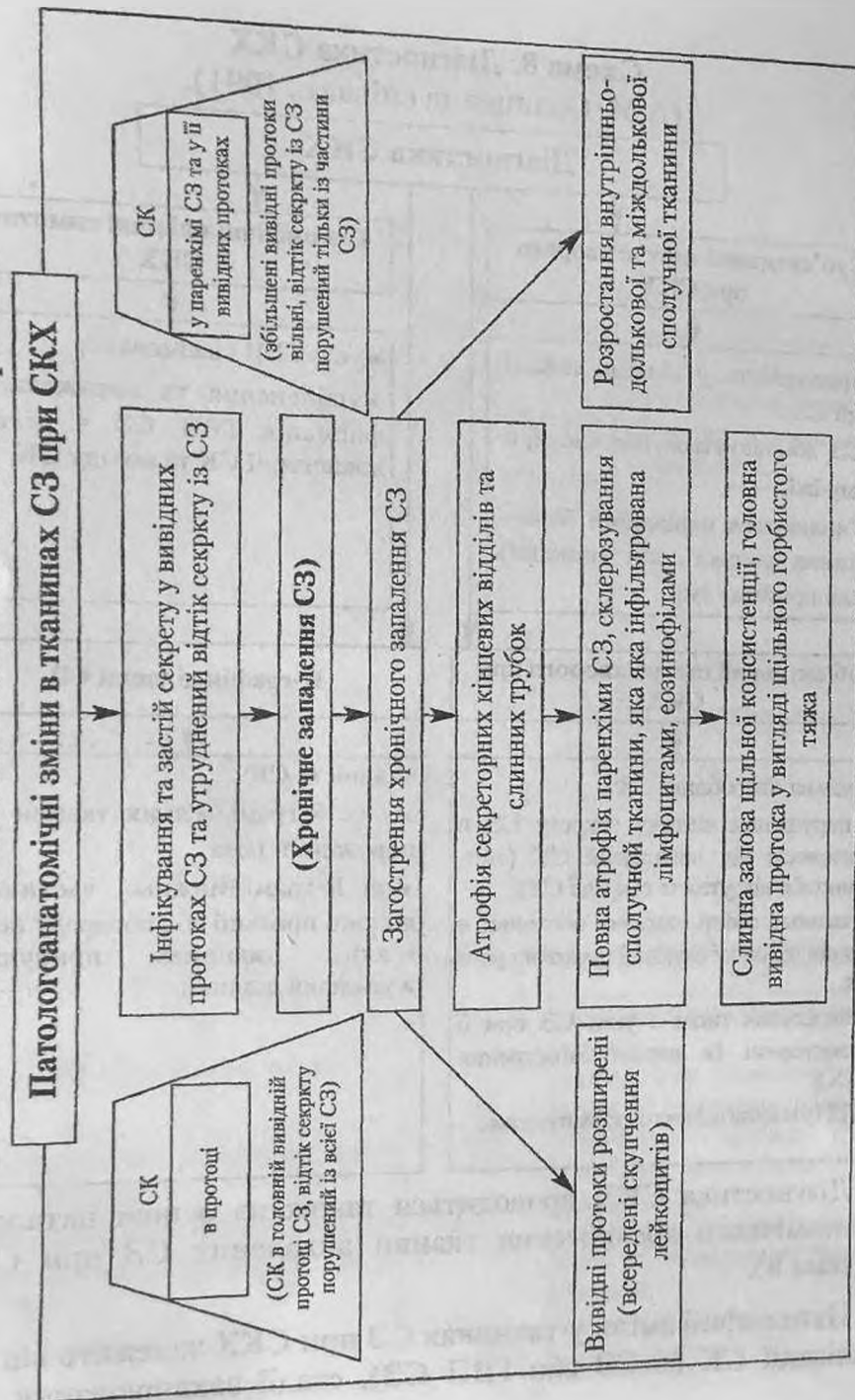


Схема 8. Діагностика СКХ
(А.М. Солнцев та співавт., 1991).



Діагностика СКХ проводиться також на основі патологоанатомічного дослідження тканин видалених СЗ при СКХ (схема 9).

Патологічні зміни у тканинах СЗ при СКХ залежать від локалізації СК (в СЗ або ГВП СЗ), стадії захворювання, від



кількості загострень СКХ, тривалості захворювання, віку хворого.

ЛІКУВАННЯ СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Лікування СКХ можливе в поліклініці та стаціонарі, що залежить від локалізації СК в СЗ та загального стану хворого.

Хірургічне лікування СКХ — проводиться в умовах поліклініки — амбулаторне лікування хворих з СКХ (при локалізації СК в протоці СЗ) та у стаціонарі (при локалізації СК в залозі або в ГВП СЗ).

Консервативне лікування СКХ застосовується разом з хірургічним методом.

А.В.Клементов (1975) виділяє три способи хірургічного лікування СКХ при локалізації СК в ПНЦЗ:

- 1) видалення СЗ разом з СК (екстирпація СЗ);
- 2) видалення СК із СЗ внутрішньоротовим способом (органозберігаючі операції);
- 3) видалення СК із СЗ позаротовим способом (екстраоральна сіаладенотомія).

Лікування СКХ складається з місцевих та загальних заходів.

I. Місцеве лікування даної патології складається із хірургічного, медикаментозного та фіотерапевтичного лікування хворого з СКХ.

Обсяг оперативного втручання при СКХ залежить від:

- локалізації СК (в протоці або в залозі);
- морфофункціональних змін у СЗ, викликаних наявністю СК;
- виду слинної залози (піднижньощелепна, привушна, підязикова).

Видалення СК внутрішньоротовим способом, при локалізації СК у ГВП СЗ, в умовах поліклініки починається з антисептичної обробки операційного поля.

В устя ГВП СЗ вводиться слинний зонд до зіткнення із СК;

- проводиться інфільтраційна анестезія у місці розрізу слизо-

вої оболонки під'язикової ділянки;

Техніка проведення операції видалення СК з ГВП СЗ внутрішньоротовим методом:

- головна вивідна протока перев'язується СЗ позаду СК;
- розрізається слизова оболонка над головною вивідною протокою СЗ;
- виділяється головна вивідна протока СЗ тупим шляхом за допомогою гострокінцевих гемостатичних кровозупиняючих затискачів типу "москіт";
- скальпелем проводиться поздовжнє розсікання верхньої стінки головної вивідної протоки СЗ над СК по слинному зонду, введеному в устя протоки СЗ;
- пінцетом або ложкою Фолькмана видаляється СК з головної вивідної протоки СЗ;
- промивається післяопераційна рана розчинами антисептиків, антибіотиками, протеолітичними ферментами;
- перед накладанням швів на ГВП СЗ у неї вводиться поліетиленовий катетер для промивання СЗ.
- катетер прикріплюється швами до слизової оболонки дна порожнини рота і залишається в протоці від 2—3 до 6—7 діб;
- накладання швів на стінку протоки проводиться для запобігання рубцевим стиктурам і стенозам (шовний матеріал — нейлонова нитка, тонкий кетгут);
- операційна рана ушивається вузлуватими швами шовковими нитками;
- знімається лігатура з основної протоки.

Видалення СЗ позаротовим методом проводиться при локалізації СК в СЗ у стаціонарі.

Операцію хворому роблять під загальним знеболенням після антисептичної обробки шкіри хворого в піднижньощелепній ділянці.

Техніка операції видалення СК із СЗ при СКХ позаротовим методом:

- пошарово проводиться розріз шкіри, підшкірної клітковини поверхневої фасції проводиться, відступаючи 2 см від нижнього краю тіла нижньої щелепи;
- гостро і тупо з м'яких тканин виділяють СЗ за допомогою кровозупиняючих затискачів типу "москіт";
- перев'язка головної вивідної протоки СЗ робиться двома шовковими лігатурами у місці переходу ГВП в СЗ;
- скальпелем пересікається головна вивідна протока СЗ між двома лігатурами;
- видаляються (відсікаються) нориці СЗ при їх наявності;
- видаляється СЗ разом з СК;
- промивається післяопераційна рана розчинами антисептиків, антибіотиків, протеолітичних ферментів;
- післяопераційна рана дронується гумовою смужкою, яка залишається в рані на 1-2 дні);
- на рану накладаються шви (кетгут, шовк на шкіру) та асептична пов'язка.

У післяопераційному періоді хворому проводиться місцево ірригація порожнини рота; перев'язка в ділянці рани, медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування (УВЧ, електрофорез, УФО на рану, магнітотерапія).

II. Загальне лікування СКХ включає усі основні напрямки фармакотерапії:

- 1) протизапальну терапію;
- 2) антибактеріальну терапію;
- 3) протигрибкову терапію;
- 4) десенсибілізуючу терапію;
- 5) загальнозміцнюючу терапію;
- 6) симптоматичне лікування.

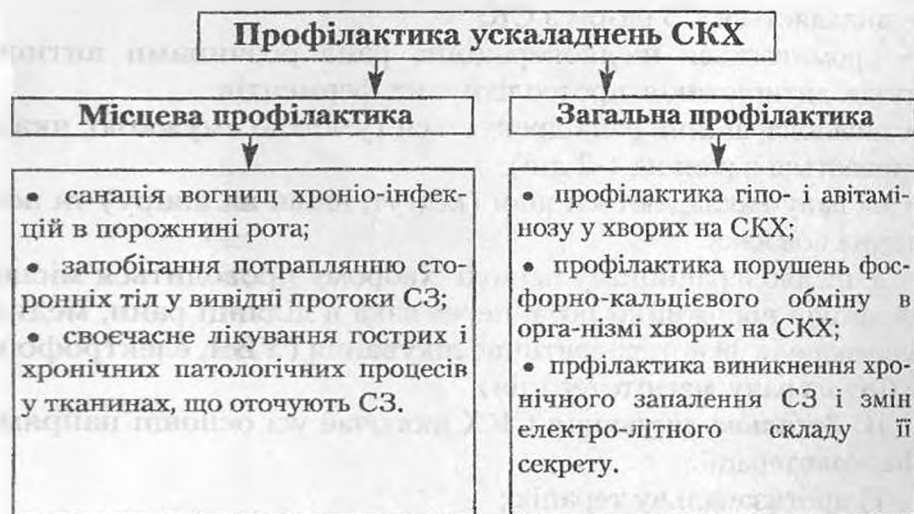
Для зниження саливації за показаннями 2—3 дні після операції хворим призначають атропін. Дієтотерапія хворим призначається з урахуванням супутньої патології, виключивши на 2—3 дні кислу, солону, гостру їжу.

Загальна фізіотерапія (УФО, лазер, магнітотерапія, ГБО та лікувальна фізична культура) призначається хворим за показаннями з урахуванням супутньої патології.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ СЛИНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Профілактика ускладнень слинокам'яної хвороби складається з місцевих та загальних заходів направлених на профілактику виникнення цієї хвороби.

Схема 10. Профілактика ускладнень СКХ



Топографо-анатомічна будова великих слинних залоз накладає свій відбиток на етіологію, патогенез СКХ, вираженість клінічних проявів і вибір лікувальної тактики стосовно хворих на СКХ.

6. Завдання для самопідготовки студентам:

1. Топографо-анатомічні особливості будови великих слинних залоз.
2. Етіологія, патогенез слинокам'яної хвороби.
3. Класифікація слинокам'яної хвороби.
4. Особливості клініки та діагностики СКХ.
5. Особливості лікування слинокам'яної хвороби.
6. Профілактика ускладнень слинокам'яної хвороби.

7. Оснащення лекції:

- 1) навчальна література — навчальні посібники, монографії, представлені лектором у списку літератури;
- 2) таблиці — 6 шт;
- 3) стенд "Слинні камені";
- 4) стенд з набором для дослідження слинних залоз та інструментарієм, що використовується для хірургічного лікування слинокам'яної хвороби;
- 5) діапозитиви;
- 6) відеофільм "Хірургічне лікування СКХ в стаціонарі";
- 7) слайди — 6 шт.;
- 8) картограми — 10 шт.

Список літератури

1. Аджиев С.Э. Изменение слюнных желез при слюнокаменной болезни / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— 1973. —18с.
2. Андреева Е. П. Клинико-морфологические обоснования хирургических методов лечения слюннокаменной болезни. / Автореф. дисс. на соиск. уч. степени.
3. Афанасьев В.В. Сиалоаденит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально - клиническое исследование) / Автореф. дис... док. мед. наук.— М., 1993. —С. 49.
4. Афанасьев В.В., Юдин Л.А. К вопросу об этиологии слюннокаменной болезни // Стоматология.— 1994.— № 4.— С. 28–30.
5. Афанасьев В. В., Никифоров В. С., Этиология слюннокаменной болезни // Стоматология.— 1999.—№5.— С. 39–41.
6. Бабаева А.Г., Шубникова Е.А. Структура, функция и адаптивный рост слюнных желез. — М.: Изд-во Московского университета.— 1979.— 192 с.
7. Бабич Н. И. Сиалография водорастворимыми рентгеноконтрастными в диагностике заболеваний слюнных желез (клиникоэкспериментальное исследование) / дисс.... к. м. н.— К. 1984.
8. Бабина О.А., Бондаренко В.В., Гранько М.А., Саяпина Л.М., Шевченко О.В., Цебржинский О.И. Источники активных форм кислорода в тканях ротовой полости в норме и при патологии // Стоматология.—1999.— № 5.— С. 9–11.
9. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. — К.: Здоров'я— 1999.— С. 197–216.
10. Безруков С. Г. Патогенез и лечение хронических сиалоаденитов / Автореф. дис.... док. мед. наук.— К., 1991.— 29 с.

11. Білай С.В. Хірургічна анатомія протоки привушної слинної залози у осіб похилого та старечого віку / Автореф. дис.... к. мед. наук.— Харків, 1997.— 20 с.
12. Вакуленко В. І., Голуб Г. В., Карук Е. В. Лікування хворих захворюваннями слинних залоз. Вісник стоматології. — 1995.—№1.— С. 25–28.
13. Васильев Г.А, Ромачева И. Ф., Рыбалов О. В. Клиника, диагностика и лечение хронических заболеваний околоушных слюнных желез (экспериментальные исследования) /Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1995.— 30 с.
14. Воспаление. Руководство для врачей /Под ред. В.В. Серова, В.С. Паукова.— М.: Медицина.— 1995.— 640 с.
15. Вытрипцак В.Я. Образование камней в протоке подчелюстной слюнной железы // Стоматология.— 1973.— № 3. — С. 77–78.
16. Губерская Т. А. Кровообращение околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез и коррекция его нарушений у больных хроническим сиалоаденитом.
17. Денисов А. Б. Механизмы патологических и приспособительных процессов при заболеваниях слюнных желез (экспериментальное исследование). Автореф. дисс.... док. мед. наук.— М., 1995.— С. 30.
18. Зедгенидзе Г. А. Рентгенодиагностика заболеваний слюнных желез.—Л.: Медицина, Ленинград. отд.—1953. —120 с.
19. Золотарева Т.В., Топоров Г.Н. Хирургическая анатомия головы.— М.: Медицина.— 1968.— 227 с.
20. Кац А. Г. Цитограмма пунктата и секрета слюнных желез при хроническом паренхиматозном паротите // Стоматология.— 1982.—№1.— С. 59-61.
21. Клементов В.А. Слюннокаменная болезнь.— Л., 1960. — 99 с.
22. Клементов А.В. Болезни слюнных желез. - Л.: Медицина, Ленинград. отд.— 1975.— 110 с.

23. Клементов А. В. Клиника, диагностика и лечение слюннокаменной болезни / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— Л., 1957.— 18 с.

24. Кораго А.А., Матина В.Н., Вероман В.Ю., Сакович А.А., Филипов В.Н., Цеховская Д.И. О составе и структуре слюнных камней (саливолитов) // Стоматология.— 1993.— № 4.— с. 7—14.

25. Кречко Я. В. Результаты лечения слюннокаменной болезни в зависимости от клинического течения её и характера хирургического вмешательства / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— М., 1973.— 18с.

26. Клиника и лечение воспалительно-дистрофических заболеваний слюнных желез.— К., 1977.— 16 с.

27. Коваленко А. Ф. Клинико-экспериментальные исследования патогенеза, диагностики и лечения заболеваний слюнных желез / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— К., 1982.— 40 с.

28. Коваленко В. С. Особенности клинического течения, диагностики и лечения неэпидемических сиалоаденитов / Дис.... док. мед. наук.— К. 1970.— 380 с.

29. Коваленко В. С., Коваль Н. С., Дробцюн Л. В., Кизым А. И. Дифференциальная диагностика некалькулезных сиалоаденитов // Актуальные вопросы стоматологии (Сб. научн. трудов).— Полтава, 1981.— С. 85—86.

30. Колесов В. С. Хронические сиалоадениты, сиалозы, синдромы с поражением слюнных желез / Автореф. дис.... док. мед. наук.— К. 1987.— 44 с.

31. Коссовой А. Л. Компьютерно-томографическая сиалография в диагностике заболеваний слюнных желез // Стоматология.— 1989.— №5.— С. 93—95.

32. Костиленко Ю.П. Базисная функция слюнных желез.— Полтава, 1999.— 55 с.

33. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь.— Л.: Медицина.— 1988.— 288 с.

34. Лесовая Н.Д. Подчелюстные сиалодохиты при слюннокаменной болезни/Автореф. Дис.... канд. мед. наук.— Харьков, 1955.— 11 с.

35. Лесовая Н. Д. Клиника и лечение слюннокаменной болезни подчелюстных желез / Автореф. дис.... док. мед. наук.— К., 1972.— 28 с.

36. Лесовая Н. Д. Значение анатомического строения слюнных желез при слюннокаменной болезни // Стоматология.— 1974.— №1.— С. 25—28.

37. Лобенко А. А., Гульченко Ю. И., Гошенко А. И. Ультразвук в диагностике заболеваний слюнных желез // Вісник стоматології.— 1996.— №4.— С. 286—289.

38. Матина В.Н., Кораго А.А., Вероман В.Ю. Механизмы камнеобразования при слюннокаменной болезни (обзор литературы) // Стоматология.— 1993.— № 1.— С. 73—75.

39. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2-х томах. Т.1.— I-е изд.— М.: Медицина.— 1988.— 624 с.

40. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2-х томах. Т.1.— II-е изд.— Литер.— М.: — Медицина.— 1986.— 576 с.

41. Митченко В. І. Сіалози та хронічні сіаладеніти в умовах екологічного забруднення фторидами і радіонуклідами / Автореф. дис.... док. мед. наук.— Полтава, 1996.— 48 с.

42. Олійник І.Ю. Розвиток і становлення топографії під'язикових та підщелепних слинних залоз в ранньому періоді онтогенезу людини / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— Сімферополь, 1993.— 26 с.

43. Пермінов О. Б. Прогнозування та профілактика запальних захворювань щелепнолицевої ділянки / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— К., 1993.

44. Ромачева И. Ф. Воспалительные заболевания слюнных желез / Автореф. дис.... док. мед. наук.— М., 1973.— 24 с.

45. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез.— М.; Медицина, 1987.— 240 с.

46. Рыбалов О. В. Клиника, диагностика, лечение и профилактика острого и хронического сиалоаденитов у детей / Автореф. дис.... док. мед. наук.— М., 1987.— 25 с.

47. Рыбалов О. В. Состояние околоушных слюнных желез у детей, перенесших эпидемический паротит // Стоматология.— 19(2).— №6.— С. 34—35.

48. Рыбалов О. В. Диагностика, лечение и профилактика неэпидемических сиалоаденитов у детей: Метод. рекомендации.—Полтава.—1985.— 21с.

49. Сазама Л. Болезни слюнных желез.—Прага, 1971.— 252 с.

50. Скрипников Н. С., Чистякова В. Ф., Митченков В. И., Богашова Л. Я., Борисова Е. В. Патогенетические основы антиоксидантов в профилактике и лечении воспалительных процессов на слюнных железах.— Полтава.— 1990.— С. 87.

51. Скіевич М. Г. Стан привушних залоз і гомеостазу порожнини рота при хронічних неспецифічних захворюваннях легень //Стоматологія.—Полтава,—2000.

52. Смаглюк В. І. Морфофункціональний стан піднижньощелепних слинних залоз при хронічних паротитах / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— Полтава, 1998.— 23 с.

53. Солнцев А. М., Колесов В. С., Киндрасъ И. Б. Способ лечения хронических паротитов. А. С. № 1223892 // Открытия, изобретения.— 1986.— №14.— С. 11.

54. Солнцев А. М., Колесов В. С., Колесова Н. А. Заболевания слюнных желез.— К., 1991.—310 с.

55. Солнцев А. М., Колесов В. С., Бабич Н. И. Сиалография водорастворимыми рентгеноконтрастными препаратами в диагностике заболеваний слюнных желез: Метод. рекомендации.— К., 1987.— 12 с.

56. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез.— К.: Здоров'я.— 1991.— 312 с.

57. Тарасенко Л.М., Девяткина Т.А., Цебржинский О.И., Гребенникова В.Ф., Мельникова С.В. Реакция слюнных желез на острый стресс // Физиологический журнал.— 1990.— № 2.— С. 104—106.

58. Фомичев Е. В. Роль хронического сиалоаденита в патологии кишечного пищеварения / Автореф. дис.... канд. мед. наук.— М., 1987.— 21 с.

59. Хасанова Г.Б. Клиника и лечение слюннокаменной болезни поднижнечелюстных желез в возрастном аспекте/ Автореф. дисс.... канд. мед. наук.— Минск, 1987.— 20 с.

60. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г.Робустовой.— М.: Медицина.— 1990.— 576 с.

61. Шубникова Е.А., Коротько Г.Ф. Секреция желез. —М., 1986.— 132 с.

62. Hedion M., Ericson S. Calculation of the submandibular gland volume by sialography // Acta Odonto — Stomat. —1971.— Vol. 21, №4.— P. 415—422.

63. June H., Klatte E. Current status of sialography // Amer. Roentgenol.— 1972.— Vol. 115, №2.— p. 420—428.

64. Lilieguis B., Welander U. Sialography of the sublingual glands // Acta roentgenol.— 1970.— Vol. 10, №3.— P. 187—193.

65. Verhalven J. Choice of contrast medium in sialography // J. Surg.— 1984.— Vol. 57, № 3.— P. 323—337.

66. Akker H.P., Busemann-Sokole E. Submandibular gland function following transoral sialolithectomy // Oral Surg.— 1983.— Vol. 56, № 4.— p. 351—356.

67. Berthold H., Thieme V., Schneider H.J. Die steinrkrankung der submandibularen und sublingualen Speicheldrüsen-Beitrag zur Pathogenese, Klinik undtherapie der Sialolithiasis. -Zahn, -Mund. U. Kieferheilk.,1974.— Bd. 62, № 6.— S. 513—522.

68. Becker M., Marchal F., Becker C D., Dulguerov P., Georgakopoulos G., Lehmann W., Terrier F. Sialolithiasis and ductal stenosis: diagnostic accuracy of MR sialography with a three-dimensional extended-phase conjugate-symmetry rapid spin-echo sequence // Radiology.— 2000, Nov.— № 217(2).— p. 347—358.

69. Braunschweig R, Hermes H, Bohndorf K. Sialography with digital processing screens // HNO.— 1990, Sep.— №38(9).— p. 338—341.

70. Bilder J., Kosut V. Chirurgische lecení sialodocholitiazý pod-
celistní slinné žlázy // Cs. Stomat.— 1977, sv77.— № 4.— s.
261—264.

71. Chilla R., Arglebe C. Function of salivary glands and
sialohemistry in sialadenosis // Acta oto-rhino-laryng belg.— Vol.
37, N2.— P. 158—164.

72. De Bien fernandez M., Suarez G. Sobre la sialografía en el
diagnostico del absceso de la region parotidea. Presentation de un
caso // Rev. Cuba Pediat.— 1977.— Vol. 49, №3.— P. 333—338.

73. Favre E, Fleuridas G. Salivary lithiasis: diagnosis, principles
of the treatment // Rev Part.— 1998, Sep.— №48(13).— P. 1449-
1452.

74. Kcdjanyi W K, Gupta D. Shoc wave lithotripsy of a parotid
duct calculus //J. Laryngol Otol.— 2002, Jan.— Vol 116(1).— p.
61—62.

75. Hedion M., Ericson S. Calculration of the submandibular
gland volunu by sialography // Acta Odonto — Stomat. — 1971.—
Vol. 21, №4.— P. 415—422.

76. Iro H., Schneider HT., Fodra C., Waitz G., Nitsche N.,
Heinritz HH., Benniger J., Ell C. Shockwave lithotripsy of salivary
duct stones // Lancet.— 1992, May.— №339(8805).— p. 1333—
1336

77. June H., Klatte E. Current status of sialography // Amer.
Rocntgenol.— 1972.— Vol. 115, №2.— P. 420—428.

78. Nahlichí O., Baruchin AM. Endoscopic tehniqe for the
diagnosis and treatment of obstructive salivary gland dieases // J.
Oral Maxillofac Surg.— 1999, Dec.— №57(12).— P. 1394—1401;
discussion 1401—1402.

79. LilieguisB., Welander U. Sialography of the sublingnol
glands // Acta rocntgenol.— 1970.— Vol. 10, №3.— P. 187—193.

80. Verhalven J. Choice of contrast medium in sialography // Jral.
Surg.— 1984.— Vol. 57, № 3.— P. 323—337.

81. Volling P., Singelman H., Ebeling O. Incidence of salivary fis-
tulas in relation to timing of oral nutrition after laryngectomy //
HNO.— 2001, Apr.— №49(4).— P. 276—282.

82. Last Pollac M, Eliav E, Glick Z, Zusman SP. Saliva secretion
and oral health in a hospitalized geriatric population in Israel
//Refuat HapehVehashinayim.— 2002, Jul.— №19(3).— P. 74—78,
91.

83. Rontal M, Rontal E. The use of sialodochoplasty in the treat-
ment of benign inflammatory obstructive submandibular gland dis-
ease // Laryngoscope.— 1987, Dec.— №97(12).— P. 1417—1421.

84. Naumov PV., Shabanov A.I., Andreeva E.P. The diagnosis of
sialolithiasis taking into account the stage of the pathological
process // Stomatologíia (Mosk)— 1990, Jun—Aug.— №(4).— P.
45—46.

85. Yoshimura Y., Inoue Y., Odagawa T. Sonographic examina-
tion sialolithiasis // J Oral Maxillofac Surg.— 1989, Sep.—
№47(9).— P. 907—912.

86. Yoshino N., Hosokawa A., Sasaki T., Yoshioka T.
Interventional radiology for the non-surgical removal sialoliaths
// Dentomaxillofac Radiol.— 1996, Nov.— № 25(5).— P. 242—246.

87. Zou Z., Zhang Z., Hua H. Sialographic follow-up study of
patients with Sjogren's syndrome // Chin Med. J. (Engl). — 1995,
Jun.— №108(7).— P. 528—534.

88. Kim RH., Strimling AM., Grosch T., Feider DE., Veranth JJ.
Nonoperative removal of ialoliths and sialodochoplasty of salivary
duct strictures // Arch Otolaryngol Head Neck Surg.— 1996,
Sep.— №122(9).— P. 974—976.

89. Karas N.D. Surgery of the salivary ducts // Atlas Oral
Maxillofac Surg Clin North Am.— 1998, Mar.— №6(1).— P. 99—
116.

90. Teymortach A., Wollstein A.C., Lippert B.M., Peldszus R.,
Warner J.A. Bacteria and pathogenesis of human salivary calculus
// Acta Otolaryngol.—2002, Mar.— №122(2).— P. 210—214.

91. Marchal F., Dulguerov P., Becker M., Barki G., Disant F.,
Lehmann W. Submandibular diagnostic and interventional sialen-
doscopy: new procedure for ductal disorders // Ann Otol Rhinol
Laryngool.— 2002, Jan.— №111(1).— P. 27—35.

92. Schkegel N., Brette MD., Cussenot I., Monteil J.P. Extracorporeal lithotripsy in the treatment of salivary lithiasis. A prospective study apropos of 27 cases // Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.— 2001, Dec.— №118(6).— P. 373—377.

Зміст

Вступ	3
Список скорочень, які використовуються в тексті	5
Вступ до лекції "Слинокам'яна хвороба" (мета лекції, методологічна, загальноосвітня і професійна спрямованість, графологічна структура, проблемні питання, план та організаційна структура)	6
Особливості топографії та анатомії великих слинних залоз людини	10
Статистика слинокам'яної хвороби	23
Класифікація слинокам'яної хвороби	27
Клініка слинокам'яної хвороби	28
Діагностика слинокам'яної хвороби	29
Лікування слинокам'яної хвороби	37
Профілактика ускладнень СКХ	40
Список літератури	42

Выдавшие агентство "Дубовит"
Вид. № 31. Тираж 350 пр.